

# 한국의 건강증진사업 방향검토

김 대 희\*

(\*인제대학교 보건행정학부)

I. 우리나라는 1995년에 국민건강증진법을 제정·시행하여 건강증진 사업을 나라의 주요한 보건정책으로 실행할 수 있는 근거를 마련하였다. 이 법 (및 이후 개정된 법) 제22조에 근거하여 1995년부터 2001년까지는 의료보험 부담금에서, 1997년부터 현재까지는 담배사업자 부담금에서 국민건강증진기금이 조성되어왔다. 담배사업자 부담금은 2002년부터 건강증진 부담금으로 개칭되었는데, 부담금이 2002년(담배 1갑당 150원)과 2005년(담배 1갑당 500원)에 대폭 인상되면서 기금 수입도 대폭 증액되어왔다. 기금 운용은 1997/1998년에 시작되어 그 규모가 기금 수입 증액에 따라 큰 폭으로 증가하여왔다.(1997년 약 186억원; 2005년 약 1조 4,235억원 계획)

II. 이제 1997년 이후의 기금 운용 내용을 살펴보기로 한다. 2002년에 건강증진기금 사업영역 분류가 조정되어서, 그 이전과 이후를 나누어서 정리해본다.

1997년부터 2002년까지 총 6,830억원의 기금 운용 내역을 정리해보면, 보건교육 0.3%(약 20억원), 국민건강증진사업 8.7%(약 594억원), 건강증진 및 질병예방 조사연구사업 1.3%(약 92억원), 자치단체 건강증진사업 1.9%(약 132억원), 기금운영사업 0.07%(약 5억원), 국민의료보험급여비 지원 64.3%(2002년에 약 4,392억원), 기타 23.3%(차년도 이월액 및 금융기관 예탁 약 1,595억원) 등이었다.

2003년부터 2005년까지 총 2조 8,779억원의 기금 운용 내용(2005년은 계획)도 정리해보면, 건강생활실천 2.3%(교육·홍보 약 680억원), 건강증진·질병예방 7.9%(약 2,288억원), 연구개발 0.6%(약 170억원), 국민건강보험 급여비용 지원 76.3%(약 2조 1,972억원), 공공보건의료 확충 3.4%(2005년에 약 978억원), 의료체계 구축 0.3%(2005년에 95억원), 여유자금 운용 8.8%(약 2,547억원), 부담금 반환 0.01%(2003년에 4억원), 사업운영비 0.1%(약 41억원), 기금관리비 0.006%(약 2억원) 등이었다.

III-1. 1960년대 이후 구미를 중심으로 풍미한 신사회운동은 보건영역에도 영향을 미치게 되었는데, 이 운동은 건강에 있어서 자조, 자기관리 등이 중시되는 분위기를 형성해 주었고 이러한 분위기는 건강증진 개념의 대두와 중시로 이어졌다. 이 시기를 전후해서 서구에서는 많은 의료비용 투입이 건강수준을 기대만큼 높이지 못하는 딜레마를 겪고 있

었기에, 건강증진은 빠르게 보건사업 및 정책의 주된 흐름으로 자리를 잡아 갔다.

Taylor의 실행적 건강증진 개념, Kar의 지표적 건강증진 개념, Tannahill의 건강증진 중첩 분류, Breslow의 건강증진 접근법, Green의 기획적 건강증진 개념 등 많은 건강증진 이론들을 검토해보면 건강증진은 행태변화를 핵심으로 해서 관련 구조 변화/지원, 질병예방, 건강보호, 기타(건강형평성 등) 등으로 그 내용을 넓혀감을 알 수 있다.

이러한 이론적 경향을 배경으로 우리나라 건강증진기금 운용 방향을 살펴보면, 상당히 당혹스럽게 된다. 2003년부터 2005년까지 총 2조 8,779억원의 기금운용액 중 국민건강보험 급여비용 지원이 76.3%에 달하는 약 2조 1,972억원을 차지한다. 정작 건강증진의 핵심내용인 건강생활실천(교육·홍보)에는 기금운용액의 2.3%에 불과한 약 680억원밖에 쓰지 못했다.

III-2. 1998년 2월 대통령령 제15732호 및 보건복지부령 제61호에 의하여 정부의 보건조직이 개편되었다. 기존의 보건국, 식품정책국, 약정국, 의정국 체계가(보건국- 보건정책과, 방역과, 질병관리과, 생활보건과, 정신보건과, 구강보건과; 식품정책국- 식품정책과, 식품위생과, 식품진흥과; 약정국- 약무정책과, 신약개발과, 약무진흥과, 마약관리과) 보건증진국, 보건정책국, 보건자원관리국 체계로 바뀌었다(보건증진국- 건강증진과, 지역보건과, 방역과, 질병관리과, 정신보건과, 구강보건과; 보건정책국- 정책총괄과, 의료정책과, 약무정책과, 식품정책과; 보건자원관리국- 보건자원과, 보건관리과, 식품의약품진흥과). 이 시기의 조직개편에서는 약, 의료 등의 정부 조직 분류로부터 상대적으로 넓은 보건 중심의 체계 분류로 변화되는 양상을 뚜렷하게 확인할 수 있다.

2002년 5월 대통령령 제17597호 및 보건복지부령 제217호에 의하여 보건복지부 직제개정이 있었는데, 보건증진국은 건강증진국으로 명칭이 바뀌었고, 지역보건정책 업무가 보건정책국에서 건강증진국으로 이관되었다. 의료보험도 건강보험으로 변경되었다. 보건조직 개편의 방향이 좁은 의료의 장에서 폭넓은 건강의 장으로 바뀌어 가는 경향을 보여 주었다고 할 수 있다. 그리고 가정보건복지심의관은 가정복지심의관으로, 장애인보건복지심의관은 장애인복지심의관으로 바뀌었다. 큰 의미를 두기는 힘들지만 보건과 복지 업무가 상대적으로 분리, 정리되는 조직개편의 일면을 보여주었다고 할 수 있겠다. 이때의 정부 보건조직은 연금보험국을 제외하고는 건강증진국, 보건정책국 체계로 재편되었다(건강증진국- 건강정책과, 공공보건과, 질병관리과, 암관리과, 정신보건과, 구강보건과; 보건정책국- 보건의료정책과, 약무식품정책과, 보건자원과, 보건산업진흥과; 연금보험국- 보험정책과, 보험급여과, 보험관리과, 연금정책과, 연금재정과). 변화된 정부 보건조직의 체계형태로 보아서는 본격적인 건강증진의 시대가 도래했다고 해도 될 듯하다.

정부조직의 건강증진 지향적인 변화에도 불구하고 현재까지의 건강증진기금 운용 방향은 옛 정부조직의 논리에 더 부합되는 것으로 해석된다. 정부의 보건조직과 자금운용의

부적합 문제가 심도 있게 논의되어야 할 것으로 보인다.

III-3. 국민건강증진법 제1조(목적)에서는 “이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임 의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다”고 밝히고 있다. 이 법 제2조(정의)에서는 “국민건강증진사업이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다”고 정의한다. 이 법 제19조에서는 건강증진사업을 6가지로 제시하고 있다(1. 보건교육 및 건강상담, 2. 영양관리, 3. 구강건강의 관리, 4. 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방, 5. 지역사회 보건문제에 관한 조사·연구, 6. 기타 건강교실의 운영등 건강증진사업에 관한 사항). 이 법 제25조에서는 기금을 다음의 사업에 사용한다고 규정하고 있다: 1. 건강생활의 지원사업, 2. 보건교육 및 그 자료의 개발, 3. 건강증진 및 만성퇴행성질환의 예방을 위한 조사·연구, 4. 질병의 조기발견을 위한 검진, 5. 국민영양관리사업, 6. 구강건강관리사업, 7. 보건소장이 행하는 건강증진사업, 8. 기금의 관리·운영에 필요한 경비, 9. 기타 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업.

지금까지의 건강증진기금 운용 방향은 국민건강증진법의 목적에 부합하지 않는 편이며, 법이 정의하는 국민건강증진사업에도 적합하지 않은 것 같다. 또한 법이 규정한 기금 사용 사업에도 해당되지 않는 편으로 생각된다.

IV. 우리나라의 건강증진기금 운용 방향을 살펴본 결과, 현재까지의 기금사업은 실질적인 건강증진사업이라기보다는 다른 부문 사업의 전면에서 정당성 호위를 담당하는 장식적 의미의 건강증진사업 수준으로 판단된다. 따라서 보다 실질적인 건강증진사업이 이론적, 조직적, 법률적 측면에서 기금운용 계획 및 실행에 충실히 반영될 수 있도록 많은 논의와 주의 환기가 있어야 할 것이다.